

um caso clínico devidamente documentado de um paciente com um processo evolutivo de CPD pós-traumática ao longo de 7,5 anos.

**Caso clínico:** Paciente jovem vítima de acidente desportivo do qual resultou subluxação dos dentes 11 e 21. Paralelamente o dente 11 sofreu uma fratura coronária de esmalte e dentina, desenvolvendo necrose pulpar e consequente patologia apical. O dente 21 sofreu uma fractura e várias fissuras de esmalte, iniciando um processo de CPD, de evolução lenta, desenvolvendo com os anos uma coloração coronária acinzentada, sem qualquer sintomatologia ou imagem radiográfica de patologia apical. O plano de tratamento passou por tratamento endodôntico, cirurgia apical e restauração em resina composta do dente 11, branqueamento externo e restauração em resina composta do dente 21. Foram efetuados controlos clínicos e radiográficos regulares ao longo de 7,5 anos de evolução.

**Discussão e Conclusões:** Apesar da escassez de literatura com nível de evidência científica muito elevado relativamente a esta temática, pode-se assumir, com alguma relatividade que:

- As características clínicas e radiográficas permitem um bom diagnóstico de CPD.
- Abordagens terapêuticas conservadoras e progressivas, complementadas com controlos clínicos e radiográficos frequentes, permitem a otimização e a manutenção dos resultados estéticos e funcionais, sem os riscos e custos adicionais inerentes ao tratamento endodôntico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.113>

#### C-24. Displasia ectodérmica – do fenótipo à reabilitação oral



Joana Teixeira da Costa\*, Paula Vaz, Maria Passos, Maria João Ponces, José Mário Rocha, Jorge Dias Lopes

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

**Introdução:** A displasia ectodérmica insere-se num grupo de patologias hereditárias caracterizadas por defeitos primários em estruturas derivadas da ectoderme. Na generalidade dos casos as manifestações envolvem dentes, cabelo, unhas e glândulas sudoríparas. O grau de envolvimento destas últimas condiciona a classificação em hipohidróticas ou hidróticas. A transmissão genética pode ser X recessiva, autossómica recessiva ou dominante, sendo a mais frequente a X recessiva, que está associada a mutações no gene EDA. As formas autossómicas estão relacionadas com mutações no gene EDAR.

**Caso clínico:** Uma paciente do sexo feminino, de 20 anos de idade, recorreu à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto motivada pela resolução da ausência de vários dentes. Após avaliação ortodôntica realçaram-se os seguintes aspetos: persistência dos hábitos de sucção digital e deglutição atípica, terço facial inferior diminuído, endognatia maxilar, microdentia e mordida cruzada. Na consulta de Genética Orofacial efetuou-se heredograma, evidenciando-se a inexistência de familiares afetados e a ocorrência de episódios recorrentes de hematuria na probando. Identificou-se

ainda implantação baixa das orelhas, alterações cutâneas e alterações da morfologia das unhas. Solicitou-se estudo ecológico renal que indicou angiomiolipomas no rim esquerdo. Foi, assim, efetuado o diagnóstico clínico de fenótipo de displasia ectodérmica, o que determinou a planificação do tratamento. A 1ª opção contemplava aparatologia fixa bimaxilar e a reabilitação protética com implantes. A 2ª opção incluía coronoplastias de adição e reabilitação protética removível. A paciente optou pela 2ª hipótese por condicionantes sócio-económicas.

**Discussão e conclusões:** A reabilitação oral destes casos depende do fenótipo presente, sendo recomendável a reabilitação protética e a dentisteria estética, bem como o recurso à ortodontia e implantologia. A 1ª opção terapêutica teria permitido uma reabilitação mais estável e confortável para a paciente. A 2ª opção possibilitou a manutenção da dimensão vertical, a resolução parcial da estética, não inviabilizando a realização a posteriori da 1ª opção. O tratamento efetuado, apesar de não constituir a opção terapêutica ideal, permitiu satisfazer a estética e o bem-estar da paciente e promover a funcionalidade.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.114>

#### C-25. Tumor Odontogénico Quístico Calcificante: relato de caso clínico



Ana Reis Durão\*, Teixeira Koch, Marcelo Miranda

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

**Introdução:** O Tumor Odontogénico Quístico Calcificante (TOQC), também conhecido por Quisto Odontogénico Calcificante ou Quisto de Gorlin é uma lesão benigna incomum que representa 2% dos tumores odontogénicos. A sua etiologia permanece desconhecida, embora seja aceite que se desenvolva a partir de remanescências do epitélio odontogénico presentes na mandíbula, maxila e gengiva. Podem ser identificadas lesões intra e extraósseas. As primeiras são destrutivas e surgem radiograficamente como imagens radiolúcidas uni ou multiloculares contendo áreas radiopacas irregulares. Podem estar associadas a dentes não erupcionados e as corticais ósseas expandidas ou perfuradas. Nas lesões extra-ósseas pode haver erosão do osso subjacente. Geralmente são assintomáticos e muitas vezes descobertos em exames radiográficos.

**Caso clínico:** Este póster apresenta um caso clínico de um doente do sexo feminino com 23 anos assintomática e com tumefação da maxila direita. Na Tomografia Computorizada observou-se lesão radiolúcidas, multilocular e bem definida na maxila à direita associado ao dente 13 impactado. No interior da lesão, observamos a presença de calcificações irregulares. No exame histopatológico, evidenciou-se tecido de padrão quístico com a presença de um número variado de células fantasmas no componente epitelial e material dentinóide adjacente ao componente epitelial.

**Discussão e conclusões:** O TOQC é uma lesão de desenvolvimento rara, que surge a partir de epitélio odontogénico. Pode ocorrer em qualquer local da cavidade oral, mas a maioria

surge na região anterior da maxila e mandíbula, sendo a região do canino a mais afetada. Não apresenta predileção por sexo. A faixa etária média é de 33 anos, podendo variar entre a segunda e terceira década de vida. Radiograficamente, surge com maior frequência como uma radiolucidez unilocular bem definida. Podendo apresentar-se como multilocular (5% a 13%). Estão presentes estruturas radiopacas no interior da lesão e aproximadamente um terço das lesões está associada a um dente incluso. No exame histopatológico é observada uma lesão quística bem definida, com uma cápsula fibrosa e um limitante epitelial com espessura de quatro a dez células. Esta lesão pode ser tratada com enucleação e curetagem. A Tomografia Computorizada revelou a morfologia da lesão e relação com estruturas anatómicas adjacentes, auxiliando no diagnóstico e planeamento cirúrgico. O diagnóstico radiográfico foi confirmado pela histopatologia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.115>

#### C-26. Anteposição discal da ATM na fase inicial da adolescência. A propósito de 2 casos clínicos



Marcelo Miranda\*, A.P. Reis Durão, Teixeira Koch

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

**Introdução:** A anteposição discal (AD) da ATM representa cerca de 80% dos casos de Disfunção Temporomandibular (DTM), tanto em adultos como na população juvenil. Nos estudos epidemiológicos a maior prevalência é no sexo feminino, nos adolescentes e adultos jovens, seguindo-se os adultos entre os 25 e 45 anos. Maior prevalência na Hipermobilidade Articular (HA).

**Casos clínicos:** 1º caso. Doente do sexo feminino, com 12 anos de idade, 2 anos antes da consulta após um período de estalidos, teve dor na ATM e região masseterina esquerdas, sintomatologia que após alguns meses passou a bilateral e com intensidade progressivamente agravada. Dor articular e muscular à mastigação. À palpação dor sobretudo nos masséteres e temporal anterior, sendo também dolorosa a palpação lateral das ATMs. Tem HA. Hábito exacerbado de mascar pastilha elástica. A Ressonância Magnética (RM) mostrou Anteposição Discal sem Redução Espontânea (ADSRE) bilateral. A terapêutica consistiu em analgésico e miorelaxante na fase inicial e confecção de goteira inferior em virtude da doente ter ainda caninos superiores decíduos. 2º caso. Doente do sexo feminino com 13 anos de idade, 8 meses antes da consulta, coincidindo com período de grande stress escolar sentiu estalido de abertura na ATM esquerda. Cerca de 4 meses depois refere episódio de bloqueio de abertura da boca, desaparecendo o estalido mas ficando com abertura interincisal de apenas 33 mm, desvio da linha média para a esquerda na abertura e dor na ATM esquerda. À palpação muscular tinha dor nos músculos do sistema estomatognático mais à esquerda. Tem HA. A RM revelou ADSRE à esquerda. Como os caninos superiores não estavam completamente erupcionados foi confeccionada uma goteira de forma a não haver contactos com

os caninos tanto em oclusão como durante os movimentos mandibulares.

**Discussão e conclusões:** Apesar de não ser muito usual o recurso às consultas de Dor Orofacial e ATM de adolescentes muito jovens, segundo Annika Isberg no início da puberdade a prevalência da DTM é já muito acentuada. A explicação para que isto aconteça pode residir no facto de nesta idade ser mais frequente patologia intra-articular sem componente álgico da ATM, sendo os sintomas de dor muscular de DTM atribuídos a outras patologias e se os sintomas não forem de alguma intensidade muitas vezes são negligenciados. A ADSRE geralmente considerada como uma fase mais tardia na evolução da AD é susceptível de ser encontrada na fase inicial da adolescência.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.116>

#### C-27. Regeneração de defeito ósseo horizontal maxilar com enxerto de bloco autógeno mandibular



Filipe Vieira\*, Artur Caleres, João Pedro Canta, Helena Francisco, André Chen, João Caramês

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL)

**Introdução:** A emergência do conceito “implante guiado proteticamente” tornou a regeneração dos defeitos ósseos horizontais num desafio em Implantologia. Técnicas para aumento ósseo horizontal como a regeneração óssea guiada e enxerto de bloco autógeno estão associadas à utilização de biomateriais com reconhecida propriedade osteocondutora. Permanece contudo em discussão, a natureza osteoindutora dos enxertos autógenos. Perante defeitos ósseos horizontais severos que impossibilitam a colocação do implante, muitos autores defendem a realização de enxertos ósseos de bloco. A morbidade associada à sua colheita na crista ilíaca ou calvaria, determinou que em defeitos ósseos de menor extensão e mediante disponibilidade óssea do paciente pudessem ser consideradas zonas intraorais como a sínfise e o ramo da mandíbula. Menor morbidade e a natureza mais cortical, com menor reabsorção, tornam preferível a zona do ramo.

**Caso clínico:** Paciente do género feminino, de 64 anos, ASAIL, que veio à consulta da Especialização de Implantologia da FMDUL para reabilitação da zona edêntula de 14 a 16. Após análise de Tomografia Computorizada (TC) observou-se crista óssea com 2.5 mm de espessura na zona do 14. Confirmou-se igualmente disponibilidade óssea para colheita de enxerto a nível do ramo mandibular direito. Propôs-se como plano de tratamento a realização de enxerto ósseo de bloco do ramo mandibular na zona do 14 e após 6 meses, a colocação de implantes Neodent Drive 3.5x11.5 e WS Cortical 4.0x6 nas zonas do 14 e 16 respectivamente para ponte de 3 elementos. Os autores descrevem a técnica cirúrgica de preparação do leito receptor, da sua colheita no ramo da mandíbula e fixação na maxila realizada em condições de campo cirúrgico asséptico. Após 6 meses e confirmação em nova TC da integração do enxerto na zona de osso nativo procedeu-se a nova cirurgia para remoção do parafuso de fixação e colocação dos implantes acima referidos.